

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 149

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Pneumogastrique et Ulcère

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix HUCHON

EX-INTERNE DES HOSPICES CIVILS DE DIJON

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PRIX PICAMELOT 1906

Né à Dijon, le 4 septembre 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

ANCIENNES MAISONS

DELAROCHE ET SCHNEIDER

8, RUE RACHAIS, 8

BUREAUX { 85, rue de la République.
9, quai de l'Hôpital.

1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Pneumogastrique et Ulcère



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Pneumogastrique et Ulcère

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix HUCHON

EX-INTERNE DES HOSPICES CIVILS DE DIJON

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PRIX PICAMELOT 1906

Né à Dijon, le 4 septembre 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

ANCIENNES MAISONS

DELAROCHE ET SCHNEIDER

8, RUE RACHAIS, 8

BUREAUX { 85, rue de la République,
9, quai de l'Hôpital.

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, ch...
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET	VORON, ch...
BERARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, Président; M. BÉRARD, Assesseur;

MM. SAMBUC et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde gratitude.

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur NICOLAS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, et avant d'aborder ce travail qui constitue leur couronnement, nous considérons comme un devoir agréable d'apporter ici l'hommage de notre reconnaissance et l'assurance de notre profond respect aux maîtres qui, sans ménager ni leur savoir, ni leur temps, ont contribué pour une large part à faire de nous ce que nous sommes et nous ont appris à aimer ce métier de dévouement que nous avons choisi.

Que M. le D^r DERUYE, professeur de clinique médicale, directeur de l'École de Médecine de Dijon, reçoive d'abord l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre affectueux respect.

Ce fut notre premier maître, nous fûmes par la suite son interne ; nous avons profité de ses savantes et lumineuses cliniques au lit du malade, su apprécier sa paternelle bonté proverbiale à l'École de Dijon.

M. le professeur de clinique chirurgicale PARIZOT, dont nous fûmes l'interne pendant deux hivers, nous initia à l'art chirurgical. Nous nous rappellerons toujours ses causeries pleine d'humour et d'anecdotes au lit du malade, son grand sens clinique, sa méthode merveilleuse d'enseignement.

Le D^r GAUTRELET, professeur de clinique obstétricale, nous porta toujours beaucoup d'intérêt. Nous conservons le meilleur souvenir de ses leçons, où tout en nous enseignant magistralement la pratique des accouchements, il aimait à mêler un peu de sel bourguignon.

Que le D^r BROUSSOLLE, professeur de pathologie externe, et le D^r BARON, d'abord professeur adjoint de clinique chirurgicale, nommé depuis professeur de clinique obstétricale, qui nous ont toujours témoigné beaucoup de bienveillance, reçoivent ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre respect.

Tous nos maîtres de l'École de Médecine et de l'Hôpital qui nous ont prodigué leurs leçons et leurs conseils ont droit à notre respectueuse gratitude : les D^{rs} MORLOT, ABRANT, ZIPFEL, COLLETTE, MICHAUT, FONTAGNY, PINGAT, RIPAUT, LAMOUCHE, COTTIN, BRETON, YVERT.

C'est à notre excellent maître, M. le D^r DUBARD, professeur suppléant de clinique médicale, médecin de l'hôpital, spécialiste des affections de l'estomac, que nous devons l'idée de cette thèse.

Esprit éclairé et droit, chercheur passionné, intelligence rare, savant modeste, le D^r DUBARD fut pour nous plus un ami qu'un maître.

Nous nous rappellerons toujours son amabilité à notre égard.

Sa bonne humeur de vrai bourguignon et sa bonté s'exerceront encore longtemps, nous l'espérons, parmi nos successeurs de l'École de Dijon.

A tous nos amis de l'internat et de l'école, avec

nos regrets sincères de les quitter, nous adressons un cordial salut et nos meilleurs souhaits de réussite.

Pendant l'année que nous venons de passer à Lyon, nous fûmes toujours reçu, dans tous les services où nous passâmes, avec une grande amabilité par les chefs de service, et en ami par les internes.

M. le professeur NICOLAS, qui nous reçut toujours dans son service avec son amabilité exquise, a bien voulu présider notre thèse. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Que M. le D^r DEVIC, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, reçoive ici l'assurance de notre profonde gratitude pour l'accueil si cordial qu'il nous fit.

Il nous permit de recueillir dans son service deux observations qui nous furent communiquées par M. TROUILLEUR, son interne, que nous remercions bien sincèrement.

M. le D^r DESTOT, ami personnel de M. DUBARD, nous reçut toujours en ami. Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans le service du docteur Dubard, professeur suppléant de clinique médicale, spécialiste des affections de l'estomac, nous fûmes presque constamment assistant dans les opérations pratiquées tant à l'hôpital que dans les cliniques particulières.

Sur les conseils de notre maître, nous réunîmes les observations de tous les malades en vue d'une étude clinique que nous apportons ici, étude clinique, basée sur certaines vues personnelles de notre éminent professeur.

Voici en un mot l'exposé de ces vues :

Les filets du pneumogastrique innervent des organes d'une importance capitale : cœur — poumons — estomac.

Dans les maladies chroniques du poumon, il y a un retentissement sur le pneumogastrique, retentissement que le docteur Dubard appelle névrite et qui se manifeste par un signe de douleur à la pression du nerf au cou. On connaît le geste de Peter, pressant sur le pneumogastrique d'un malade

lui fait éprouver une sensation de douleur et disant :
« Voilà, messieurs, un asthmatique ».

Il en est de même dans l'angine de poitrine.

Bien plus, le docteur Dubard remarqua que presque tous les ulcéreux étaient d'anciens tuberculeux ou des tuberculeux résistants et qu'ils présentaient tous ce signe de douleur du pneumogastrique à la pression au cou.

Le docteur Dubard émit donc de nouvelles idées sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, et pensa que l'état névralgique ou névritique des nerfs pneumogastriques amené par une lésion irritant les terminaisons pulmonaires du nerf, ou par une tumeur du médiastin, comme l'anévrysme de l'aorte irritant les terminaisons cardio-vasculaires de ce même nerf, pouvait amener des troubles trophiques comme l'ulcère de l'estomac dans un autre segment de l'innervation des pneumogastriques.

Toute cette étude tend à prouver, en nous plaçant au point de vue purement clinique, que ces idées sont justes.

Nous ne donnons les observations que de malades, dont le diagnostic a été cliniquement, soigneusement fait ou confirmé par une opération, autant que cela peut se faire.

Nous allons donc, après quelques mots d'anatomie et de physiologie du pneumogastrique, aborder la question.

Nous tendrons à démontrer que l'ulcère de l'estomac résulte d'un trouble trophique. Ce trouble trophique viendrait d'une névrite du pneumogas-

trique amenée par une irritation des filets pulmonaires (tuberculose ancienne, asthme) ou des filets cardio-vasculaires (anévrisme de l'aorte, tumeur du médiastin).

Cette névrite se manifeste par un signe que j'appellerai : *signe de Dubard* (douleur des pneumogastriques à la pression au cou).

Comme le signe est constant dans les cas d'ulcères, comme, d'autre part, nous étayons nos données sur un assez grand nombre d'observations, nous sommes en droit d'affirmer que ce signe n'est pas sans valeur, qu'il faut le rechercher et qu'il peut servir à poser un diagnostic différentiel de cancer ou d'ulcère.

CHAPITRE II

NERF PNEUMOGASTRIQUE (X^e paire).

Le pneumogastrique ou nerf de la dixième paire, que l'on désigne encore sous le nom de nerf vague (*vagus*) est le plus long et certainement aussi le plus important de tous les nerfs craniens. Il s'étend depuis le bulbe jusqu'au-dessous du diaphragme, jetant des rameaux, chemin faisant, sur tous les viscères contenus dans les trois régions du cou, du thorax et de l'abdomen.

1^o ORIGINE APPARENTE

Le nerf vague prend naissance dans le sillon latéral du bulbe, sur la même ligne que le glosso-pharyngien qui est au-dessus et le spinal qui est au-dessous.

2^o TRAJET

Du sillon latéral du bulbe où il émerge, le pneumogastrique se dirige obliquement en haut, en dehors et un peu en avant, vers le trou déchiré postérieur. Là, se couvant à angle droit, il s'engage dans ce trou

et arrive ainsi à la base du crâne. A partir de ce point, le pneumogastrique suit un trajet verticalement descendant : il traverse successivement le cou et le poumon ; il traverse ensuite le diaphragme au niveau de son orifice œsophagien et débouche alors dans la cavité abdominale, où il se termine par de nombreux rameaux sur l'estomac, dans le foie et dans le plexus solaire.

3° RAPPORTS

a) Dans le crâne, le pneumogastrique présente exactement les mêmes rapports que le glosso-pharyngien qui est placé immédiatement en avant de lui ; il chemine entre la paroi crânienne et le flocculus. Il est situé tout d'abord entre la pie-mère et l'arachnoïde. Il reçoit ensuite de cette dernière membrane une gaine complète qui lui est commune avec le glosso-pharyngien et le spinal et qui l'accompagne jusqu'au trou déchiré postérieur.

b) Dans le trou déchiré postérieur, le pneumogastrique est situé en arrière du glosso-pharyngien, en avant du spinal et de la veine jugulaire interne. Il est accolé au spinal, mais non au glosso-pharyngien ; une petite lame fibro-cartilagineuse le sépare de ce dernier nerf.

c) Au cou, le pneumogastrique chemine dans l'espace angulaire postérieur que forment, en s'adossant l'une à l'autre, d'une part la veine jugulaire interne, d'autre part la carotide interne, continuée en bas par la carotide primitive. Le nerf répond donc : en

dehors, à la veine; en dedans, à l'artère; en avant, à la ligne d'adossement des deux vaisseaux. Une gaine commune, de nature fibreuse ou simplement conjonctive, enveloppe ces trois organes jusqu'à l'orifice supérieur du thorax. Le grand sympathique cervical situé en dehors de la gaine, chemine verticalement au-devant de l'aponévrose prévertébrale, en arrière de la veine jugulaire interne : il est donc, par rapport au pneumogastrique, postérieur et externe.

d) A son entrée dans le thorax, le pneumogastrique se comporte différemment à droite et à gauche. Cette asymétrie dans le trajet du nerf est la conséquence naturelle de l'asymétrie que présentent les troncs artériels de la région, la sous-clavière et la carotide provenant à droite d'un tronc commun qui est le tronc brachio-céphalique, tandis qu'à gauche elles naissent isolément de la crosse aortique.

e) Dans le thorax, les deux pneumogastriques occupent le médiastin postérieur. Ici, encore, ils suivent un trajet un peu différent à gauche et à droite. A gauche, le nerf, en quittant l'aorte passe en arrière de la bronche gauche et vient se placer ensuite sur la face antérieure de l'œsophage. A droite, le pneumogastrique chemine d'abord dans l'espace angulaire que forment, en s'adossant l'un à l'autre, l'œsophage et la trachée. Il croise ensuite en arrière la bronche droite et vient s'appliquer finalement contre la face postérieure de l'œsophage.

f) Dans l'abdomen, comme dans la portion inférieure du thorax, les deux pneumogastriques occupent l'un et l'autre la ligne médiane : le gauche, placé en

avant de l'œsophage, descend sur la face antérieure de l'estomac; le droit, au contraire, situé en arrière de l'œsophage, se porte en arrière de l'estomac, où nous le retrouverons dans un instant.

4° GANGLIONS DU PNEUMOGASTRIQUE

Le tronc du pneumogastrique se renfle sur deux points de son parcours et présente ainsi deux ganglions superposés :

L'un supérieur ou *ganglion jugulaire* situé dans le trou déchiré postérieur — l'autre inférieur, situé immédiatement au-dessous du précédent, à la partie toute supérieure par conséquent de la portion cervicale du pneumo : c'est le *ganglion plexiforme*.

Tous les deux du reste ont la même signification morphologique : ce sont, au même titre que le ganglion de Gasser ou le ganglion d'Andersch, des homologues des ganglions spinaux.

5° ANASTOMOSES

Au voisinage du trou déchiré postérieur, le pneumogastrique s'anastomose avec le spinal, le glosso-pharyngien, le facial, le grand hypoglosse, le grand sympathique et les deux premiers nerfs rachidiens.

6° DISTRIBUTION

a) **Branches intra-craniennes.**

Nerf méningien postérieur du pneumo, issu du côté externe du ganglion jugulaire et se distribuant à la dure mère, dans le voisinage du sinus latéral.

b) **Branches cervicales.**

1° Nerf pharyngien se détachant de la partie supérieure et externe du ganglion plexiforme, forme sur les côtés du pharynx le plexus pharyngien avec d'autres rameaux du glosso-pharyngien et du sympathique. Les branches se distribuent aux muscles et à la muqueuse du pharynx.

2° *Rameaux cardiaques cervicaux*, encore appelés rameaux cardiaques supérieurs, se détachent de la portion cervicale du pneumo à des hauteurs diverses ils viennent se jeter dans le plexus cardiaque, situé à la base du cœur, après avoir pénétré dans le thorax en avant des gros troncs artériels.

3° *Nerf laryngé supérieur* à la fois sensitif et moteur, il naît de la partie inférieure et interne du ganglion plexiforme ; se porte ensuite sur le larynx, en décrivant une courbe à concavité dirigée en haut et en avant. Dans ce trajet, il croise obliquement le côté interne de la carotide interne, s'applique contre le pharynx, et se partage un peu en arrière de l'os hyoïde en deux rameaux : l'un supérieur, l'autre inférieur.

a) *Rameau inférieur.* — Plus connu sous le nom de laryngé externe, il se porte obliquement en bas et en avant, entre le constricteur inférieur du pharynx et le corps thyroïde. Il arrive ainsi en muscle crico-thyroïdien qu'il innerve. Perforant ensuite de dehors en dedans la membrane crico-thyroïdienne, il vient se distribuer en ramuscules terminaux à la muqueuse de la portion sous-glottique du larynx,

ainsi qu'à la muqueuse du ventricule. Dans son trajet descendant, le nerf laryngé externe envoie quelques filets au corps thyroïde et au constricteur inférieur du pharynx. Il contracte avec le grand sympathique, sur la face externe de ce dernier muscle, quelques anastomoses, dont l'ensemble, plus ou moins complexe, constitue le plexus de Haller.

b) Rameau supérieur. — Continue le trajet du laryngé supérieur et suit une direction horizontale. Il est situé, tout d'abord, sur le constricteur inférieur du pharynx; il chemine ensuite, parallèlement à la grande corne de l'os hyoïde, entre le muscle thyrohyoïdien, qui est en avant et la membrane thyrohyoïdienne qui est en arrière, perfore cette membrane et arrive alors dans l'épaisseur des replis aryténo-épiglottiques, où il s'épanouit en un bouquet de filets terminaux : *les filets antérieurs* se distribuent à la muqueuse des deux faces de l'épiglotte, ainsi qu'à une petite portion de la muqueuse lingale. *Les filets moyens* se ramifient dans les replis aryténo-épiglottiques et dans la muqueuse qui tapisse la portion sous-glottique du larynx. *Les filets postérieurs* enfin se distribuent à la portion de la muqueuse pharyngienne qui recouvre la face postérieure du larynx. Parmi ces filets il en est un, plus long que les autres, qui se porte verticalement en bas entre la muqueuse et le muscle crico-aryténoïdien postérieur et vient s'anastomoser ou plutôt se confondre avec un filet ascendant du laryngé inférieur : cette longue anastomose longitudinale, jetée entre les deux nerfs laryngés

est généralement connue sous le nom d'anse nerveuse de Galien.

4° *Nerf laryngé inférieur ou récurrent.* — Le nerf laryngé inférieur prend naissance à la partie supérieure du thorax et remonte de là vers le larynx, en suivant un trajet rétrograde, d'où le nom de nerf récurrent qui lui a été donné.

A. — *TRAJETS ET RAPPORTS.* — Comme la portion du pneumogastrique dont il émane, le nerf récurrent diffère sensiblement à gauche et à droite, dans sa longueur, dans son trajet et dans ses rapports.

Quant à sa distribution phérérique, elle est la même des deux côtés du corps.

a) *Récurrent droit.* — Le récurrent du côté droit se détache du pneumogastrique au moment où ce nerf croise la face antérieure de l'artère sous-clavière. Il contourne cette artère en passant successivement sur sa face inférieure et sur sa face postérieure, et devenu ascendant de descendant qu'il était, il s'élève vers le larynx en suivant le bord droit de l'œsophage. Arrivé sur le constricteur inférieur du pharynx, il perfore ce muscle et vient se loger alors à la face postérieure du larynx, dans la gouttière verticale que forment le cartilage cricoïde et le cartilage thyroïde.

b) *Récurrent gauche.* — Le récurrent du côté gauche se détache du pneumogastrique au niveau de la face antérieure de la crosse aortique. Il naît donc plus bas que le précédent, et de ce fait se trouve être plus long que lui, de toute la distance, qui en verticale, sépare la sous-clavière droite de la

crosse aortique. Le récurrent gauche se comporte, du reste, à l'égard de la crosse de l'aorte, de la même façon que se comporte le récurrent droit à l'égard de la crosse de la sous-clavière ; il contourne le vaisseau d'avant en arrière, puis de bas en haut, en formant autour de lui une anse à concavité supérieure. Il arrive ainsi sur la face antérieure de l'œsophage dans le sillon que forme ce dernier organe en s'adossant à la trachée. C'est en suivant ce sillon qu'il parvient au constricteur inférieur du pharynx pour le perforer, passer au-dessous de lui et gagner finalement la gouttière crico-thyroïdienne.

B. — BRANCHES COLLATÉRALES. — Il fournit de nombreuses branches collatérales :

1° *Des rameaux cardiaques* (moyens), en nombre variable, qui se détachent de l'anse formée par chaque récurrent autour de l'artère qu'il contourne et viennent se perdre à la base du cœur dans le plexus cardiaque ;

2° *Des rameaux œsophagiens*, toujours très nombreux et très grêles, qui se portent sur l'œsophage, où ils se terminent, les uns dans la couche musculaire de ce conduit, les autres dans sa couche muqueuse ;

3° *Des rameaux trachéens* qui se distribuent de même à la couche musculaire et à la couche muqueuse de la trachée ;

4° *Des rameaux pharyngiens* (un ou deux seulement), destinés au muscle constricteur inférieur du pharynx.

C. — BRANCHES TERMINALES. — Arrivé au larynx sur

le côté postéro-externe du cartilage cricoïde, le laryngé récurrent fournit cinq branches terminales dont une est anastomotique, les quatre autres musculaires.

a) Rameau anastomotique. — Le rameau anastomotique se détache du laryngé inférieur à la partie inférieure de la gouttière crico-thyroïdienne. Se portant verticalement en haut, il croise successivement les deux muscles crico-aryténoïdien postérieur et ary-aryténoïdien et vient se réunir avec un filet descendant au nerf laryngé supérieur pour former l'anse nerveuse de Galien.

b) Rameaux musculaires. — Au nombre de quatre, ces rameaux se portent à tous les muscles du larynx, sauf le muscle crico-thyroïdien, lequel est déjà innervé par le laryngé supérieur.

Le *premier* de ces rameaux se dirige obliquement en haut et en dedans. Il s'engage au-dessous du muscle crico-aryténoïdien postérieur et se perd dans ce muscle. Le *second*, suivant exactement la même direction, passe lui aussi sous le crico-aryténoïdien latéral, s'en dégage au niveau de son bord supérieur et gagne alors la face profonde du muscle ary-aryténoïdien où il se termine. Le *troisième*, souvent double, se détache du récurrent un peu au-dessous du précédent. Il se distribue au muscle crico-aryténoïdien latéral, qu'il pénètre par sa face superficielle.

C. — Branches thoraciques.

Dans le thorax, le nerf pneumogastrique fournit :

1° *Rameaux cardiaques thoraciques* (ou infé-

rieurs). — Ils se détachent du tronc du pneumogastrique au-dessous de l'origine des nerfs récurrents, descendent entre la trachée et la crosse aortique et finalement aboutissent au plexus cardiaque. Un certain nombre de leurs divisions se distribuent au péricarde.

Rappelons que les rameaux cardiaques du pneumogastrique, tant cervicaux que thoraciques, échangent fréquemment au cours de leur trajet, des filets anastomatiques avec le grand sympathique ou ses branches. Il est encore très fréquent de voir un ou plusieurs des rameaux cardiaques du pneumogastrique se fusionner, après un parcours variable, avec les rameaux cardiaques du sympathique et perdre ainsi leur individualité.

2° *Rameaux pulmonaires.* — Au niveau de la bifurcation de la trachée, le pneumogastrique semble se dissocier et se résoudre en une multitude de rameaux et de ramuscules qui s'anastomosent et s'entrelacent dans tous les sens. Ces rameaux se portent les uns en avant, les autres en arrière de la bronche correspondante, et constituent autour d'elle un vaste plexus :

C'est le *plexus bronchique* ou *pulmonaire* que l'on divise parfois, mais sans utilité, en *plexus pulmonaire antérieur* (la portion qui est située en avant de la bronche) et en *plexus pulmonaire postérieure* (la portion qui est placée en arrière). Il n'existe en réalité que deux plexus pulmonaires : le droit disposé autour de la bronche droite et le gauche disposé autour de la bronche gauche. Ces deux plexus

sont réunis l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par de nombreuses anastomoses, transversales qui ont pour effet d'associer les deux pneumogastriques par une action commune et bilatérale.

Du plexus pulmonaire s'échappent de nombreux rameaux savoir : *a*) des rameaux trachéens destinés à la partie inférieure de la trachée; *b*) des rameaux œsophagiens qui se distribuent aux différentes tuniques de la partie moyenne de l'œsophage; *c*) des filets péricardiques qui se distribuent à la partie supérieure et postérieure du péricarde; *d*) des filets pulmonaires, enfin, qui se portent vers le hile du poumon et pénètrent dans cet organe en suivant les différentes ramifications de l'arbre bronchique.

3° *Rameaux œsophagiens inférieurs.* — Au-dessous du plexus pulmonaire, les deux pneumogastriques, un instant dissociés, se reconstituent pour occuper, sur le pourtour de l'œsophage, la position que nous avons déjà indiquée. Cette reconstitution n'est pourtant que partielle; car ici encore les deux nerfs, au lieu de former de vrais cordons compacts et de forme cylindrique, comme à la région cervicale, sont représentés chacun par des branches multiples, qui s'anastomosent fréquemment les unes avec les autres et forment ainsi, tout autour de l'œsophage, un riche plexus à mailles allongées dans le sens vertical. Ce plexus, à la constitution duquel participent pour une part égale les deux pneumogastriques, porte le nom de plexus œsophagien. Il abandonne à l'œsophage une série de petits anneaux qui se distribuent à la fois à la muqueuse et à la couche musculaire.

D. — Branches abdominales.

Arrivés dans l'abdomen, les deux pneumogastriques se comportent différemment à droite et à gauche.

1° *Pneumogastrique gauche.* — Le pneumogastrique gauche, situé sur le côté antérieur du cardia, s'épanouit en de nombreux rameaux divergents sur la face antérieure de l'estomac. La plupart d'entre eux se distribuent à cet organe. Les plus externes cependant, vont beaucoup plus loin; après avoir longé quelque temps la petite courbure, ils s'engagent entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, se portent vers le hile du foie et pénètrent dans ce viscère en suivant les divisions de la veine porte.

2° *Pneumogastrique droit.* — Le pneumogastrique droit, situé en arrière de l'œsophage et du cardia, recouvre de ses branches collatérales la face postérieure de l'estomac. Il abandonne ensuite de nombreux rameaux au plexus solaire, et finalement vient se terminer dans l'angle interne du ganglion semi-lunaire du côté droit. D'autre part, à l'angle externe de ce même ganglion aboutit le nerf grand splanchnique, qui descend sur la face latérale droite de la colonne dorsale. Pneumogastrique droit et grand splanchnique du même côté forment les deux branches d'une longue arcade dont la partie moyenne est constituée par le bord supérieur concave du ganglion semi-lunaire; c'est à cette arcade qu'on donne le nom d'*anse mémorable de Wrisberg*.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE

Comme l'appareil respiratoire et comme le cœur, le tube digestif, dans toute sa partie supérieure, sur une grande étendue, tire une partie de son innervation du pneumogastrique. Comme ces mêmes appareils, il ne la tire pas complètement de ce nerf, mais la complète, en en demandant une partie au grand sympathique. Il est à remarquer que le sens de l'action exercée par chacun des deux nerfs sur ces appareils est différent, voire même inverse, en ce que l'un est par exemple inhibiteur, tandis que l'autre est moteur pour un organe donné. Il est à remarquer encore que le sens de l'action de chaque nerf n'est pas univoque, tel des deux nerfs étant moteurs pour un organe, tandis qu'il est inhibiteur pour un autre. L'opposition fonctionnelle qui existe entre les deux nerfs n'est pas absolue ; chacun des deux nerfs est un mélange de fibres antagonistes, en proportion seulement inégale.

Rameau pharyngien. — Le pharynx, surface sensible, est innervé par le rameau pharyngien, concu-

remment avec les branches de la 9^e paire. Ce rameau est en même temps moteur pour les trois muscles constricteurs du pharynx.

Déglutition. — Comme l'estomac, comme le pharynx, l'œsophage reçoit du pneumogastrique des éléments, les uns sensitifs, les autres moteurs qui concourent à la réalisation de l'acte si compliqué de la déglutition. Bien que réduit dans l'œsophage à un mouvement de propagation péristaltique, le mécanisme musculo-nerveux qui en fait le fond est loin d'être connu, malgré l'analyse expérimentale à laquelle il a été soumis par divers.

Chez le chien, on constate une disposition particulière; la partie supérieure de l'œsophage reçoit ses nerfs d'un rameau émané du ganglion cervical supérieur du sympathique (Espezel).

Sensibilité musculaire de l'œsophage. — Le pneumogastrique donne à l'œsophage des nerfs sensibles; il les distribue non seulement à la muqueuse, mais aux muscles œsophagiens dont ils coordonnent les mouvements par un de ces actes à la fois réflexes et automatiques, dont on connaît d'ores et déjà tant d'exemples.

Rôle de la sensibilité dans les mouvements de l'œsophage. — La section des fibres sensitives trouble les mouvements de l'œsophage à peu près aussi profondément que celle de ses nerfs moteurs. La section indépendante des unes et des autres est possible chez certains animaux et pour une région donnée du conduit, au moins dans une certaine mesure. Chez quelques-uns, en effet, comme le

cheval, l'âne, le chien, le mouton, les fibres motrices destinées à la portion cervicale de l'œsophage quittent le vague avec ses rameaux pharyngiens et laryngé externe, tandis que les fibres sensitives procèdent des rameaux émis plus bas. Chez d'autres, comme le lapin et peut-être l'homme, les éléments moteurs gagnent l'œsophage par la voie détournée du récurrent (Chauveau).

L'excitation des fibres sensitives, comme celle des fibres motrices, fait contracter l'œsophage, mais ne détermine pas le péristaltisme qu'on remarque dans ses mouvements normaux ; elle produit seulement une contraction tétanique plus ou moins totale de ses muscles (Chauveau).

Sensibilité gastrique. — En voyant le pneumogastrique se rendre à l'estomac, on s'était demandé s'il n'était pas *le nerf de la faim*. Considérée ainsi comme une sensation spéciale dont le champ extérieur serait le tube digestif (en totalité ou en partie) et le nerf vague, l'ensemble des éléments conducteurs.

Il n'en est rien ; l'animal après la section des deux vagues éprouve la faim comme avant.

Besoins généraux. — La faim, comme la soif, ou le besoin de respirer, est bien une sensation spécialisée, en ce sens que nous la distinguons d'entre les autres ; mais le champ des excitations qui lui donnent naissance est (comme celui de ces autres sensations analogues) généralisé plus ou moins à tous les tissus, à toutes les cellules de l'organisme. La nutrition à laquelle elle correspond, n'est pas,

en effet, limitée aux organes digestifs, mais est un fait général comme la vie elle-même.

Spécificité et inconscience. — A un autre point de vue, la sensibilité de la muqueuse gastrique paraît spéciale et en rapport avec certains actes qu'elle gouverne et provoque ; seulement cette sensibilité est inconsciente ou subconsciente : c'est ainsi que le *pylore ne s'ouvre pour le passage des aliments dans l'intestin, que lorsque la digestion gastrique est terminée*, ce qui implique un phénomène de sensibilité que par comparaison on pourrait appeler gustative.

Excitation des origines du vague. — L'excitation des racines du vague fait naître des contractions dans les muscles du pharynx et dans ceux de l'œsophage en même temps qu'elle provoque des mouvements de l'estomac (Chauveau).

Excitation du tronc. — L'excitation du tronc donne toute facilité, non seulement pour constater les mouvements de l'estomac qui en sont la conséquence, mais aussi pour étudier leur caractère. Ces mouvements sont rythmiques, comme l'indiquent les tracés qu'on en peut prendre en plaçant une ampoule dans la cavité gastrique et sans doute aussi ils se propagent d'une façon péristaltique dans la longueur de l'organe de l'un de ses orifices à l'autre. La ligne du tracé ne revient pas au zéro, tant que dure l'excitation, ce qui indique une certaine pression continue exercée par l'estomac sur son contenu.

Ainsi le vague est excito-moteur de l'estomac,

mais il contient quelques éléments inhibiteurs qu'on manifeste par voie réflexe, en excitant, par exemple, le bout central du vague opposé (Morat) ou en excitant un nerf de sensibilité générale (Vertheimer). Chez quelques animaux, l'excitation du vague suscite des contractions rythmiques de la partie supérieure de l'intestin. Les effets moteurs sont mêlés ou suivis d'effets inhibiteurs. On concède également au pneumogastrique une influence vaso-motrice sur l'estomac et la partie supérieure de l'intestin (Pincus).

Eléments sécréteurs. — Peu faciles à démontrer pour l'estomac, les effets sécréteurs de l'excitation du vague sont très nets pour le pancréas (Afonasiew et Powlow, Morat). En ce qui concerne le foie (sécrétion de la bile, formation du sucre), l'action de la dixième paire n'est pas facile à préciser : l'excitation du bout central du vague fait en général dilater le sphincter qui est à l'extrémité du canal cholédoque, pendant qu'elle fait contracter la vésicule biliaire (Doyon).

L'excitation du bout central retentirait aussi sur le foie pour augmenter la section glycogénique (Cl. Bernard, Filhène, Laffont).

L'excitation du bout périphérique diminue en général la circulation rénale et la sécrétion de l'urine (Arthaut et Butte), elle agirait également sur la vessie en la faisant contracter (Ehl).

Par l'irritation du bout central, Germain Pée et Glèy ont provoqué de l'azoturie.

Le pneumogastrique contient des fibres sécrétoires et trophiques.

Proportionne la sécrétion comme durée et qualité à l'aliment à digérer.

La section des deux vagues chez le chien réalise assez justement l'état maladif connu chez l'homme sous le nom de hypersécrétion continue.

CHAPITRE IV

Il s'agirait de savoir si en pathologie le rôle du pneumogastrique n'est pas aussi important qu'il l'est en physiologie (travaux de Pawlow).

Nous savons le retentissement reflexe des organes innervés par le pneumogastrique sur leurs collègues d'innervation : cœur, poumon, estomac, foie.

Ce qui nous a frappé en étudiant un grand nombre de dyspeptiques, c'est que chez tout un groupe — les hyperchlorhydriques ceux qui sont atteints de crises parokystiques, maladies de Reichmam — les ulcéreux ont un passé pathologique existant avant l'état dyspeptique, passé pathologique dont l'effet avait porté sur le pneumogastrique.

Voici par exemple des tuberculeux, à lésion unilatérale et ancienne, tuberculeux résistants ou guéris, qui sont porteurs d'un nerf douloureux à la pression au cou — comme le sciatique l'est dans la névrite sciatique.

Après ces manifestations dans le poumon vient une manifestation stomacale.

Voici à ce sujet ce qu'écrivait le Dr Dubard (*Bulletin Médical*, 4 juin 1904) :

« A propos de tuberculeux, on ne peut qu'être frappé de la fréquence de l'ulcère gastrique chez eux.

« Sur quinze ulcères opérés, je trouve douze fois la tuberculose, ou bien en évolution, ou bien guérie, mais ayant laissé sa signature dans des lésions anciennes et aujourd'hui sclérosées des poumons.

« Cette fréquence est telle, si je m'en rapporte au nombre déjà important de malades que j'ai pu suivre, que j'ai sur l'étiologie de l'ulcère rond, et sur l'origine de bien des dyspepsies graves, des idées quelques peu anarchistes.

« Je ne veux pas dire que les lésions de la muqueuse gastrique soient de nature tuberculeuse. C'est là une exception. Le lien qui unit la tuberculose du poumon à l'ulcus et aux troubles gastriques est tout autre. Les temps ne sont pas éloignés où il faudra reléguer au dernier plan une partie des causes étiologiques qui traînent dans les traités de médecine, pour ne voir dans l'ulcère rond qu'un double trophique, expression ou conséquence d'une névrite des vagues ; la tuberculose créerait, à l'extrémité des terminaisons des pneumogastriques, des irritations suffisantes pour déterminer l'inflammation et l'irritabilité constante du nerf.

« A défaut d'examen microscopique, ne suffit-il pas en clinique, qu'un nerf soit douloureux sur son trajet et qu'à ses extrémités il existe des troubles de nutrition pour qu'on dise névrite ?

« J'en appelle à la sciatique. Ne sait-on pas, en outre, qu'un nerf malade ou irrité à l'une de ses

terminaisons, peut réfléchir ailleurs le mal dont il souffre, sous forme de lésion trophique; l'ulcère rond n'est-il pas le type de lésion de ce genre ?

« J'ai pratiqué de fort nombreuses injections de tuberculine. Chez tous ceux qui ont réagi, j'ai été frappé de l'action de ce poison, action élective sur les pneumogastriques : dyspnée, palpitations, vomissements, etc. N'y a-t-il pas là quelque chose qui doive faire réfléchir ?

« Rentrions dans le domaine de l'observation clinique :

« Chez tous les malades porteurs d'un ulcère confirmé, l'exploration des vagues au niveau du cou a toujours montré l'un de ces nerfs ou les deux, sensibles à la pression. Rien de semblable pour le cancer. Cela ne veut pas dire que tout malade, qui a un pneumogastrique sensible, soit atteint d'ulcère rond. Ce serait effacer d'un trait de plume toute la pathologie du médiastin, cœur et poumon compris. Mais l'état névritique des vagues, dans les cas d'ulcères et de dyspepsies graves, me paraît affirmé par des troubles paroxystiques et des résonnances dans toute leur sphère.

« Un trouble remplaçant l'autre, un cortège de symptômes devenant prédominant ou s'atténuant dans d'autres manifestations; syndrome de Reichmann, asthme, palpitations de cœur, pseudo-angines de poitrine des dyspeptiques, poussées pulmonaires des emphysemateux, à la suite d'écarts alimentaires, etc., etc. Au lieu de maladies distinctes, il est probable que l'on ne doit voir ici que des formes

cliniques d'une même affection des nerfs pneumogastriques. »

L'ulcère de l'estomac serait donc la conséquence d'une névrite des pneumogastriques dans la plupart des cas.

En effet, il faut bien admettre que l'ingestion d'un liquide corrosif, une brûlure de la muqueuse, de quelque façon qu'elle se produise, un coup porté sur le creux de l'estomac, peuvent amener des ulcérations stomacales. Mais est-ce bien là l'ulcère rond ? Chez les malades observés, *avant l'apparition de l'ulcère se sont produits des troubles dans la sphère du nerf, troubles que nous allons étudier.*

I. — TROUBLES PULMONAIRES

D'abord des troubles pulmonaires — nous venons de voir — et nous verrons par les observations que je présente, qu'une partie des ulcéreux, sont d'anciens tuberculeux, dont les lésions se sont cicatrisées, ou évoluent lentement et restent presque stationnaires.

L'asthme est un autre trouble qui précède souvent les crises gastriques.

Je ne peux résister au désir de placer ici l'observation de R. qui d'abord atteint de crises d'asthme, fit un ulcère de l'estomac avec hématomèse, et conserve encore des crises d'asthme à l'heure actuelle.

Observation de R.

R..., 30 ans, vétérinaire.

Bien portant jusqu'à 20 ans.

A 20 ans, crises d'asthme à la suite de surmenage. Les crises sont tellement violentes et se succèdent si rapidement que le malade devient rapidement cachectique.

A 22 ans, les crises deviennent espacées et le malade commence à souffrir de l'estomac.

Au bout de quelque temps, il présente tous les signes d'un ulcère (douleurs, hyperchlorhydrie, douleurs provoquées par ingestion des aliments).

Au mois de juin 1902, hématomèse très violente. 15 jours après, nouvelle hématomèse.

Sous l'influence du repos et du lait, le malade s'améliore et les symptômes d'ulcère s'amendent.

Aujourd'hui, R... exerce sa profession à Paris. Souffre toujours de crises d'asthme.

II. — TROUBLES CARDIAQUES

Un deuxième organe : le cœur qui reçoit aussi son innervation pour une grande part du pneumogastrique, donne des symptômes de palpitations.

Souvent un malade se présente, se plaignant simplement, d'essoufflement, de palpitations que l'on ne peut rattacher à aucune cause.

Peu de temps après les malades se plaignent de l'estomac. Ce sont alors des hyperchlorhydriques et plus tard des ulcéreux.

Souvent les malades venant le consulter pour leur estomac, accusent dans leurs antécédents des palpitations de cœur.

Bien plus nous présentons une série d'observations de malades présentant tous les symptômes gastriques d'hyperchlorhydrie ou d'ulcère de l'estomac.

Nous croyions fermement à avoir à pratiquer une intervention, quand en les examinant à l'écran, nous nous apercevions qu'ils étaient porteurs d'anévrismes ou de dilatation de l'aorte.

III. — TROUBLES GASTRIQUES

Enfin ce sont des troubles de l'organe lui-même qui précèdent souvent la période de crise ou la formation de l'ulcus.

Déjà, depuis plus ou moins longtemps, les malades accusaient des troubles gastriques divers de l'irritabilité de l'estomac, de la douleur augmentée ou provoquée par l'ingestion des aliments, de signes de pylorisme, de la douleur provoquée par certains aliments, des signes d'hyperchlorhydrie, de l'hyper-sécrétion, tous signes qui annoncent les troubles plus graves qui vont suivre.

Tous ces symptômes peuvent se réunir et former un faisceau d'antécédents qui ne sont pas à dédaigner au point de vue clinique.

Ces troubles se produisent presque toujours et il n'est guère d'ulcéreux chez qui on ne puisse trouver un de ces signes précurseurs de l'ulcus.

Douleur du pneumogastrique. — Enfin le nerf est douloureux sur son trajet.

Quand on recherche la sensibilité au cou, sur le trajet du pneumogastrique, on appuie avec l'extrê-

mité d'un doigt de façon à atteindre le nerf en arrière des faisceaux des sterno-mastoïdiens à la base du cou ou en avant du sterno à la partie supérieure.

Le malade, dont on touche ainsi le pneumogastrique, se rejette vivement en arrière en accusant une sensation plus ou moins vive de douleur à l'endroit pressé.

APPARITION DE L'ULCÈRE

Alors l'ulcère apparaît avec son cortège de symptômes :

1° *Douleurs* réveillées par l'ingestion des aliments quelquefois intolérables;

2° *Douleur en broche* du creux épigastrique s'irradiant aux épaules, lombes, espaces intercostaux;

3° *Hyperchlorhydrie*;

4° *Vomissements* après les repas. Crises parasystiques de vomissements. L'estomac ne supporte aucun aliment, aucune boisson;

5° *Hémorragies*;

6° *Troubles des fonctions digestives*. Appétit capricieux. Constipation. Sensation de faim. Régurgitations acides pendant la digestion.

L'ulcère serait donc un *trouble trophique*, car toute autre étiologie est insuffisante à l'expliquer.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Nous avançons que l'ulcère est un trouble trophique dû à une névrite du pneumogastrique.

Pouvons-nous prouver la névrite par des coupes anatomo-pathologiques ? Non, car dans le nombre déjà important d'ulcères, nous n'avons perdu que quelques malades chez lesquels il a été impossible de faire une section du pneumogastrique. C'est une question de laboratoire à élucider.

Mais l'état névritique des nerfs pneumogastriques, les douleurs sur leur trajet, l'exaspération de cette douleur, précédant ou accompagnant les crises douloureuses gastriques, comme la douleur précède ou accompagne les crises d'asthme (Peter) sont, ce me semble, des preuves suffisantes. « A défaut d'examen microscopique, ne suffit-il pas, en clinique, qu'un nerf soit douloureux sur son trajet, et qu'à ses extrémités il existe des troubles de nutrition pour qu'on dise névrite ? »

Ce sont des signes, en un mot, d'une irritation et d'une irritabilité spéciale de ces nerfs.

Si le mot névrite effraie à cause de l'absence de

coupes, disons névralgie. Or, névralgie est presque toujours synonyme de névrite.

C'est ainsi que la névralgie dentaire, la névralgie sciatique ne sont que des névrites.

C'est bien le nerf malade d'abord qui amène l'ulcère.

En effet, si c'était le contraire, toutes les autres ulcérations stomacales à évolution lente, tout particulièrement celle du cancer, devraient retentir sur l'état des pneumogastriques et amener le signe de Dubard. Il n'en est rien.

Nous présentons des observations de cancers ulcérés. Le nerf n'est pas douloureux, malgré les grands vomissements.

Il ne l'est que si le cancer s'est trouvé succéder à un ulcère.

Enfin, le mal du nerf se fait sentir en d'autres territoires de son innervation. On voit l'asthme succéder ou remplacer les crises gastriques ou inversement.

L'ulcère, trouble trophique, par névrite du pneumogastrique, nous paraît la pathogénie vraie de l'ulcère stomacal ou duodénal.

OBSERVATIONS

I. — CANCERS

OBSERVATION I

G., 47 ans.

Passé gastrique, actuellement stase gastrique, sténosé pylorique très serrée. On sent une masse dure autour du pylore. II : 0,27 p. 100.

Indications opératoires : amaigrissement considérable, vomissements, douleurs aiguës.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Diagnostic avant laparotomie : ulcère, avec périgastrique probable.

Diagnostic après : Cancer très étendu du pylore, adhérences anciennes au foie, abcès sous-phrénique.

Résultat . Mort au sixième jour. Pleurésie purulente droite, péritonite purulente locale.

OBSERVATION II

M..., 58 ans.

Pas de passé gastrique, souffre depuis dix-huit mois, a perdu 32 livres depuis huit mois.

Actuellement : stase, sténose complète, vomissements périodiques de tous les ingestes. II : 0 ; C : 1,20.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Indications opératoires formelles.

Diagnostic avant : cancer du pylore, perceptible du reste, vérifié pendant l'opération.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : Survie 13 mois, 10 à 11 mois d'illusion, d'un retour complet à la santé.

Avait gagné 38 livres.

OBSERVATION III

C..., 41 ans.

A souffert autrefois, longue bonne santé. Digère mal depuis 12 à 13 mois, a perdu plus de 40 livres. Douleurs intolérables, vomissements paroxystiques, nombreuses hématomésés sans soulagement passager. On sent une légère résistance au niveau du pylore, symptôme peut net du reste. H : traces ; C : 1,06.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Diagnostic avant : ulcère avec réserves, à cause de son hérédité très chargée ; horreur de la viande et des graisses.

Diagnostic après : cancer de la portion prépylorique déjà très étendu.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : gain de 11 livres, retour à la santé, cultive activement ses terres, un an après, H : 0,27 ; C : 1,62.

OBSERVATION IV

V..., 34 ans.

Pas de passé gastrique, souffre et maigrit depuis 14 mois.

Indications opératoires : sténose complète, vomissements, douleurs intolérables, amaigrissement squelettique.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Diagnostic avant : cancer vérifié exact au cours de la gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : Gain de 23 livres en 3 mois ; mort 6 mois après opération.

OBSERVATION V

G..., 65 ans.

Pas de passé gastrique, maigrit, souffre depuis 8 mois. Vomit tout depuis un mois.

H : 0 ; F : 1.60 ; C : 1.10.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Diagnostic avant : cancer région prépylorique.

Diagnostic après : cancer de queue du pancréas avec généralisation au mésentère et au méso-côlon.

Laparotomie purement exploratrice, sauf quelques brides libérées.

Résultats : cessation des vomissements pendant un mois et demi après l'opération. Mort au bout de 5 mois.

OBSERVATION VI

L..., 59 ans.

Pas de passé gastrique. Souffre depuis deux ans. Amaigrissement de plus de 40 livres depuis 6 mois. Deux très fortes hématomèses récemment.

Sténose complète du pylore. Tumeur perceptible.

Pas de douleur des pneumogastriques.

Diagnostic : cancer du pylore.

Gastro-entérostomie postérieure ; malgré grande célérité, arrêts respiratoires fréquents, troubles cardiaques ; après opération, pouls : 120 à 130 .

Résultats : mort par inhibition le quatrième jour. 37°. Pouls reste entre 120 et 140, filiforme. Aucune réaction péritonéale.

OBSERVATION VII

N..., 64 ans.

Ulcéreux connu depuis 8 à 10 ans ; très hyper autrefois ; aujourd'hui, H : traces.

A perdu l'appétit « sa maladie a changé », dit-il.

Réclame l'intervention.

Indications : sténose incomplète. Vomissements par crises. Souffrances et amaigrissements.

Pas de douleur des pneumogastriques.

On trouve une vieille cicatrice d'ulcus, sur la petite courbure, autour de laquelle, sur le bord antérieur seulement, poussent des bourgeons épithéliomateux.

Gastro-entérostomie transmésocolique en Y.

Résultats : mort le onzième jour de pneumonie.

OBSERVATION VIII

S..., 57 ans.

Porteur d'un estomac énorme depuis plus de deux ans. A refusé l'intervention maintes fois, la réclame parce qu'il meurt de faim et vomit tout.

H : traces.

Pas de douleur des pneumogastriques.

Indications : sténose complète et ses conséquences.

Diagnostic avant : cancer, vérifié exact.

Seule une petite partie saine de l'estomac permet une anastomose à la face antérieure, tout le reste est soudé aux viscères voisins.

Résultats : survie trois mois et demi. Diarrhée fétide.

OBSERVATION IX

B..., 52 ans, f. 1906.

A présenté pendant sa jeunesse une série de crises hépatiques et gastralgiques.

En janvier 1906 a vomi à plusieurs reprises du sang après des crises gastriques très douloureuses. A maigri progressivement.

Ne peut supporter actuellement aucune nourriture. Maigrreur extrême.

Estomac volumineux. Tumeur au niveau du pylore.

Pneumogastriques non douloureux.

A de grands vomissements de stase. Torturée par la soif et la faim, elle se résigne à une intervention qui révèle un gros néoplasme de la face postérieure de l'antrum prépylorique.

Une gastro-entérostomie postérieure est pratiquée.

OBSERVATION X

L..., f. 72 ans.

Malade souffrant de l'estomac depuis trois ans, ayant des signes très nets de pylorisme et de grands vomissements.

Tumeur palpable au creux épigastrique.

Souffre, a beaucoup maigri.

Pneumogastriques non sensibles.

Diagnostic : cancer du pylore confirmé à l'opération.

OBSERVATION XI

G..., f. 46 ans, à Ravière.

Souffre de l'estomac depuis de longues années. Délicate et malingre pendant sa jeunesse. Depuis quelque temps présente les signes de sténose pylorique. Seuls, les aliments liquides passent et encore non sans causer des phénomènes de stase gastrique et des grands vomissements tous les deux ou trois jours.

Pneumogastriques non sensibles.

Enorme estomac clapotant. A la palpation on ne sent pas de tumeur.

L'intervention (15 août 1906) montre un pylore induré ; impossible de dire si on a affaire à un cancer ou à un ulcère.

Gastro-entérostomie postérieure.

L'évolution de la maladie montre que l'on a affaire à un cancer, car en avril dernier, il y a eu une généralisation au foie qui levait tous les doutes.

OBSERVATION XII

B..., 52 ans. Passé hépatique.

A perdu plus de 40 livres depuis 3 mois. Vomit tout.

La sonde retire de l'estomac 6 à 7 litres de liquide putride.

Les pneumogastriques ne sont pas sensibles.

Réclame une intervention qui est faite malgré que la température soit à 38°5, le matin de l'opération.

Les adhérences et l'état de la paroi postérieure de l'estomac envahie par un gros cancer ne permettent qu'une gastro-entérostomie antérieure qui est faite très rapidement.

Résultats : mort dans les 24 heures, d'œdème et de congestion pulmonaire.

II. — ULCÈRES

OBSERVATION XIII

D..., h., 58 ans.

Depuis longtemps signes classiques d'ulcus, avec, récemment, sténose pylorique presque complète.

Indications : douleurs atroces, amaigrissement extrême.

Diagnostic avant : ulcus avec réserves, à cause de l'inappétence absolue (de crainte de souffrir peut-être).

Pneumogastrique droit très sensible.

Diagnostic après : ulcus avec périgastrique, péritonite adhésive entre le pylore et la face inférieure du foie.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultats après six mois : mange de tout. Ne souffre plus. A gagné 12 livres.

OBSERVATION XIV

V..., f., 58 ans.

Long passé gastrique ayant succédé à des bronchites répétées.

Aujourd'hui hématomèses profuses, douleurs, sténose intermittente.

Pneumogastrique droit très sensible.

Indications : amaigrissement excessif, hématomèse.

Gastro-entérostomie postérieure.

Diagnostic d'ulcus vérifié.

Syncope au moment où je tire sur l'estomac.

Résultats : Résurrection. Depuis 19 mois mange de tout, ne souffre plus, état de santé inconnu jusqu'à ce jour ; gain 44 livres.

OBSERVATION XV

Ch..., h., 39 ans.

Tuberculose pulmonaire droite ancienne, gauche, plus récente en évolution.

Signes classiques d'ulcus, hématomèses, syndrome de Reichmann.

Pneumogastrique gauche sensible.

H : 0,21. Redoute de manger avec des douleurs.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats excellents : reprise du poids, des forces. Lésions pulmonaires améliorées depuis 20 mois.

OBSERVATION XVI

M..., h., 28 ans.

Lésions pulmonaires anciennes à droite. Névropathe. Signes classiques d'ulcus, hématomèses méléna, douleur non

améliorée par le traitement sévère, maigrit, etc., réclame délivrance parce qu'obligé de gagner sa vie.

Les deux pneumogastriques sont douloureux.

Il : 0,27. Gastro-entérostomie postérieure très laborieuse : 2 heures trois quarts. Pousse, se défend.

Hémorragies profuses, arrêts respiratoires. *Syncope.*

Hématémèses post-opératoires très graves.

Résultats médiocres : souffre toujours du dos. A augmenté de 12 livres, et mange de tout.

OBSERVATION XVII

B..., h., 56 ans.

Tousse depuis 1870. Passé gastrique, hématémèses, douleurs, vomissements paroxystiques. Amaigrissement.

Pneumogastrique droit douloureux.

Gastro-entérostomie postérieure. Ulcus de la portion prépylorique.

Opération laborieuse : hémorragies, arrêts respiratoires.

Résultats excellents : sauf grosse hématémèse post-opératoire. Santé parfaite depuis 17 mois.

OBSERVATION XVIII

J..., h., 30 ans.

Sommet droit. Emphysémateux. Tousse tous les hivers. Signes classiques d'ulcère.

Pneumogastrique droit douloureux.

Indications : amaigrissement. Syndrome pylorique.

Gastro-entérostomie postérieure.

Résultats : 3 mois après gain de 14 livres, digère tout. Perdu de vue depuis.

OBSERVATION XIX

Br..., f., 27 ans.

Tuberculose avancée. Passé gastrique.

Actuellement : hématomèses, douleurs, sténose complète, réclame une intervention.

Pneumogastrique gauche sensible.

Diagnostic : ulcère avec périgastrite, vérifié exact.

Opération très facile. Gastro-entérostomie postérieure. Syncope.

Graves hématomèses post-opératoires.

Résultats : mort le septième jour, hémorragie foudroyante.

OBSERVATION XX

V..., h., 42 ans.

Vieille lésion du sommet droit guérie. Passé gastrique. Signes classiques d'ulcus. Actuellement sténose complète, douleur, état squelettique. Opéré sur sa demande. H : 1,21.

Gastro-entérostomie postérieure très facile.

Résultat : 3 ans et demi après excellent. Avait repris 34 livres après 3 mois.

OBSERVATION XXI

M..., f., 29 ans.

Tuberculose du sommet droit en évolution lente. Depuis deux ans signe d'ulcus.

Colite muco-membraneuse, rechute très grave ; rien ne passe.

Douleurs intolérables. Vomissements incoercibles. Amaigrissement.

Pneumogastrique droit très sensible.

Gastro-entérostomie postérieure. Hématémèse post-opératoire peu grave.

Résultats : Cessation des vomissements, des douleurs ; reprise des forces et du poids. Selles régulières et normales

OBSERVATION XXII

G..., h., 42 ans.

A toussé plusieurs hivers. Signes classiques d'ulcus. Très hyperchlorhydrique ; syndrome de Reichmann.

Pneumogastrique droit très sensible.

Actuellement : sténose spasmodique, hématémèses, douleurs.

Gastro-entérostomie très facile.

Résultats excellents : gain de 47 livres en un an. S'alcoolise pour montrer qu'il est bien guéri.

OBSERVATION XXIII

M..., h., 41 ans.

Signes classiques d'ulcus, hématémèses répétées, stigmates hystériques. H : traces.

Sommet droit emphysémateux. Sténose spasmodique du pylore, douleurs. Entre temps spasme œsophagien.

Première laparotomie purement exploratrice par le D^r Cottin. Réclame le D^r Dubard. Six mois après, on pratique une opération commandée par les hématémèses, l'amaigrissement et les douleurs aiguës.

Gastro-entérostomie postérieure. On ne sent pas d'ulcus. Se défend et pousse pendant toute l'opération ; syncope ; hémorragies post-opératoires très graves.

Résultats : mort le vingt-septième jour ; pleurésie droite et hémorragie gastro-intestinale.

Autopsie : aucun ulcère ni stomacal, ni intestinal, hystérie gastrique ? ? ?

OBSERVATION XXIV

G..., h., 36 ans.

Très hyperchlorydrique autrefois, suivi depuis un an.

H : 1,12 ; C : 1,60.

Maigrit de 30 livres. Souffre, vomit par crises. Anorexie.

Diagnostic : ulcus avec doute.

Pneumogastrique gauche très sensible.

Gastro-entérostomie postérieure très laborieuse ; on reconnaît ulcère prépylorique petit. Malade pousse, se défend.

Légère bronchite post-opératoire.

Résultats après 5 mois : ne souffre plus, mange de tout : gain de 12 livres.

OBSERVATION XXV

D..., h., 35 ans.

Sommet douteux.

Signes classiques d'ulcère. Deux poussées appendiculaires, colite muco-membraneuse.

Après 18 mois de traitement médical, réclame une intervention.

Pneumogastrique droit très sensible.

Indications opératoires : souffrances aiguës, syndrome de Reichmann. Amaigrissement.

Diagnostic avant : ulcus guéri (professeur Hutinel).

Diagnostic après : ulcus prépylorique en activité. Opération très laborieuse. Se défend jusqu'à la fin.

Hématémèse post-opératoire très abondante, légère bronchite ensuite.

Résultat excellent : depuis un an ignore son estomac ; a fait en septembre des manœuvres de corps d'armée. Plus d'entérite muco-membraneuse.

OBSERVATION XXVI

F..., femme.

Stigmates hystériques. Crises de grande hystérie.

Signes classiques d'ulcère : hématomèses, etc.

Gastro-entérostomie en Y.

Le pneumogastrique droit est très sensible.

Il existe un fort ulcus prépylorique.

Hématémèse post-opératoire : le onzième jour, crise d'hystéro-épilepsie pendant la nuit : éventration complète, viscéres répandus dans le lit sans que le malade s'en doute.

On ressèque épiploons, toilette des intestins herniés. Mort 4 jours après cet accident. Bronchopneumonie.

OBSERVATION XXVII

T..., f., 56 ans.

Ancien ulcus. A toussé dans sa jeunesse. Emphysème. Sténose cicatricielle ou réflexe.

Alimentation impossible. Amaigrissement rapide. Colite muco-membraneuse.

Pneumogastrique droit sensible.

Indications : crainte de néoplasme.

Laparotomie exploratrice. Estomac très disloqué. Le pyllore est induré à la partie postérieure.

Dans la crainte d'un noyau cancéreux est incisé.

Cicatrice très nette et saine du vieil ulcère.

Syncope pendant l'exploration de l'estomac.

Pyloroplastie.

Résultats excellents : actuellement digère tout. Plus de constipation ni de douleurs ; gain en deux mois de 12 livres. Selles normales.

OBSERVATION XXVIII

F..., f., 59 ans.

Passé gastrique. Peut-être lithiase biliaire. Maigrit et vomit tout depuis 3 mois. Anorexie absolue. On sent une tumeur qui paraît tenir au pylore.

H : 0 ; C : 1,21 ; F : 1,27.

Diagnostic : cancer du pylore.

Pas de signe de douleur des pneumogastriques.

Opérée d'urgence, à cause de l'inanition. Cholécystite suppurée. Estomac sain.

Cholécystostomie.

Guérison complète. 3 mois après H : 0.30. Appétit parfait.

OBSERVATION XXIX

De B..., h., 49 ans. Cancer.

Dyspeptique depuis deux ans environ.

Stase gastrique. Grosse tumeur du pylore. Stupéfait que devant son état cachectique, l'impossibilité de s'alimenter, ses vomissements quelquefois teintés de brun, je m'abstienne de tout traitement médical et lui conseil une intervention.

Celle-ci est faite par M. Guinard, à Paris, deux ans après.

Diagnostic : cancer.

Les pneumogastriques ne sont pas sensibles.

OBSERVATION XXX

L..., h., 32 ans, lithographe. Ulcère.

Souffre de bronchites répétées. Au sommet gauche a présenté des craquements et cliniquement tous les signes d'évo-

lution de tuberculose. Se guérit. Seuls subsistent des signes de sclérose pulmonaire à gauche.

Emphysème.

Seul le pneumogastrique gauche est douloureux.

Trois ans après sa première bronchite est pris de crises dyspeptiques, type hyper.

Puis signes indéniables d'ulcères : syndrome de Reichmann, hématomésès, mélœna.

Après 18 mois d'alternative de mieux et de plus mal, se décide à une intervention.

On trouve un ulcère en voie de cicatrisation, situé un peu en arrière de la petite courbure, avec périgastrite et quelques adhérences épiploïques et au foie.

Gastro-entérostomie antérieure en Y.

Guérison. Ne souffre plus.

Supporte une alimentation très rudimentaire.

OBSERVATION XXXI

E... de B... Anévrysme.

Vient pour des troubles purement stomacaux, présentant des exaspérations de douleurs au milieu de la nuit et qui ne sont soulagées que par un vomissement que le malade provoque.

Pas d'hématémèse.

Ne peut supporter certains aliments : vins, viande, bouillons.

Examen : gros estomac se vidant mal, présentant des signes de pylorisme et de stase gastrique.

Après auscultation du malade, nous constatons un certain brouhaha au niveau de la crosse, sans qu'on puisse entendre un bruit de souffle bien net. A la radioscopie on constate une dilatation aortique proéminente surtout à gauche. Pas de signes de compression des récurrents.

Les deux pneumogastriques sont très douloureux.

OBSERVATION XXXII

Capitaine B..., 47 ans. Anévrysme.

Syphilis ancienne. Rhumatismes. Venu nous trouver pour des troubles stomacaux. Depuis longtemps ne peut supporter les aliments considérés comme excitants. Est obligé de suivre un régime sévère composé de laitage, potages, purées, œufs.

Au moindre écart de régime, souffre de douleurs gastriques atroces et est obligé ou de faire un lavage d'estomac ou de provoquer un vomissement.

Jusqu'à présent, n'a présenté aucun signe bien net d'oppression ou de dyspnée d'effort. Seul son estomac le préoccupe.

Après un examen clinique et radioscopique, nous constatons une grosse dilatation située sur la crosse de l'aorte, qui est animée de battements.

Nous lui disons que la cause de ses souffrances est en dehors de l'estomac.

Le malade n'a commencé à souffrir de l'estomac que fort longtemps après que la lésion aortique avait été soupçonnée par un confrère militaire.

Pneumogastriques, surtout le gauche, très douloureux.

Chimisme : très hyperchlorhydrique. H : 1 gr. 25 par litre.

OBSERVATION XXXIII

D..., capitaine d'artillerie, 50 ans. Anévrysme.

Souffre d'oppression qui alterne avec des crises de vomissements nocturnes. Vient nous trouver pour son estomac, dont il ne souffre que depuis un certain temps.

Le chimisme donne une hyperchlorhydrie considérable. Le malade peut encore monter à cheval, mais les allures vives augmentent ses crises gastriques.

Se croit porteur d'un ulcère, car il a présenté des vomissements teintés de noir.

A l'examen clinique, nous constatons un gros estomac clapotant.

Pneumogastriques très douloureux.

A l'auscultation nous reconnaissons nettement une dilatation de l'aorte avec légère insuffisance que la radiographie précise être une grosse dilatation de l'aorte ascendante.

OBSERVATION XXXIV

X..., infirmière à l'hôpital. Anévrysme.

Vient nous consulter pour des troubles stomacaux que nous appellerons par concision, troubles de l'hypersection paroxystique.

Douleurs violentes de l'estomac, surtout la nuit. Elles provoquent le vomissement, les crises sont quelquefois remplacées par des crises d'oppression ou de palpitations.

A l'examen, nous trouvons un estomac peu volumineux.

En dehors des crises, les fonctions intestinales se font régulièrement. A l'auscultation, nous sommes étonnés des bruits cardiaques que nous entendons sans pouvoir les préciser.

A l'examen radioscopique, grosse dilatation de l'aorte ascendante bombant très fortement à droite.

Les pneumogastriques sont très douloureux.

Aucun signe de compression des récurrents. Pas d'inégalité pupillaire.

OBSERVATION XXXV

P..., peintre, 50 ans. Anévrysme.

Présente depuis fort longtemps des crises d'oppression violente, à la suite de marche, d'émotion, d'un rapport sexuel ou de l'acte de la défécation. Depuis 18 mois ou 2 ans, sans cesser ses crises d'oppression, a présenté des troubles gastro-intestinaux (hypersécrétion, entérocolite muco-membraneuse)

qui l'ont fait se soumettre aux régimes les plus barbares (il est tour à tour mis au lait et au régime sec).

Lorsqu'il vient nous consulter, son attention est surtout attirée par les troubles gastriques.

Son chimisme révèle 1 gr. 52 d'acide chlorhydrique libre par litre. Estomac peu volumineux, clapotant.

A beaucoup maigri.

Les deux pneumogastriques sont douloureux.

A l'auscultation on constate un léger souffle au premier temps, s'étendant de la base du cœur à l'origine des gros vaisseaux.

La radioscopie permet de constater une énorme dilatation de la crosse de l'aorte et de l'aorte ascendante.

OBSERVATION XXXVI

M^{lle} G..., 56 ans. Anévrysme.

A toujours été essoufflée en marchant. A présenté des accidents pulmonaires pendant toute sa vie.

Vient nous consulter pour des troubles stomacaux qu'elle a depuis quelques années (aigreurs, brûlures au creux de l'estomac qu'elle fait cesser par le vomissement.)

En période de crise aucun régime ne la calme. Seul, le bicarbonate de Na à haute dose paraît la soulager.

Elle est très étonnée quand, après l'avoir auscultée, notre attention se porte uniquement sur l'état de ses organes circulatoires et l'examen radioscopique montre une énorme tumeur pulsatile siégeant au-dessus du cœur et bombant du côté gauche.

Pneumogastrique gauche très sensible.

OBSERVATION XXXVII

M..., h., Montigny-Montfort, 53 ans (2 avril 1907). Cancer.

Dyspeptique récent. N'a jamais toussé. Très bonne santé antérieure.

Les pneumogastriques sont indolores, malgré souffrances de l'estomac et hématemèses répétées.

Stase pylorique, sténose très serrée.

Opération : gastro-entérostomie postérieure.

Cancer du pylore tenant toute la petite courbure.

OBSERVATION XXXVIII

D..., h., 46 ans (31 mars). Cancer.

Dyspeptique depuis 2 ou 3 ans. L'état s'aggrave profondément de jour en jour jusqu'à sténose complète. Hématemèses répétées. Mélena.

Etat cachectique. Hérité cancéreuse.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Opération : gros néoplasme du pylore. La résection est impossible.

Gastro-entérostomie sur petite partie de la face postérieure saine.

OBSERVATION XXXIX

B...-F..., f., 50 ans. Ulcère ?

Névropathe. Hystérie. Troubles de la sensibilité.

Est très maigre. N'a jamais toussé, bien qu'ayant l'apparence d'une tuberculeuse.

Dyspeptique. Hyperchlorhydrie depuis de longues années.

Sténose pylorique et stase matin à jeun.

Vomissements tardifs.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Opération : ulcère cicatrisé du pylore et tumeur (ulcus) de la région prépylorique de la grande courbure.

Gastro-entérostomie postérieure.

OBSERVATION XL

Marie G..., sœur de Saint-Maur, 43 ans. Ulcère.

Tuberculeuse guérie. Souffre de l'estomac depuis 5 à 6 ans. Il y a 2 ans a présenté une crise aiguë de douleurs que seuls le lit et le lait ont calmées.

Nouvelle crise il y a 6 mois avec méloëna. Encore dernièrement la malade fait des matières noires.

Ne supporte que le lait et le potage.

A trop rétréci son régime de crainte de souffrir. Aujourd'hui gros estomac contenant du liquide à jeun. *Tous les signes d'une sténose peu serrée encore.* Constipation. Entérocolite, etc.

Les deux pneumogastriques, surtout le droit, sont douloureux.

Je propose une intervention qui n'est pas acceptée.

OBSERVATION XLI

D..., f., de Champlitte, 40 ans. Ulcère.

N'a jamais toussé. Mais après un accouchement et grippe consécutive s'est trouvée à souffrir de l'estomac. Hyperchlorhydrie. Hypersécrétion continue. Spasme pylorique intermittent. Crises douloureuses. J'hésite entre cholécystite pure et ulcère.

Douleur très nette du pneumogastrique gauche.

Légère hématemèse suivie de méloëna (1906). Continue à beaucoup souffrir. Et se décide, devant la continuité du mal et l'impossibilité de s'alimenter autrement que par du lait et des potages, à une opération.

Gastro-transmésocolique et entéroanastomose. Ulcère cal-leux pylorique. Adhérences au duodénum qui est coudé et à la vésicule.

Résultats : très bons, mange de tout, ne souffre plus.

OBSERVATION XLII

D..., h., Gevrey, 40 ans. Ulcère.

A toussé toute sa jeunesse. A passé pour tuberculeux. Signes non équivoques de sclérose pulmonaire à droite.

Depuis 15 ans souffre de l'estomac. Vieil hyperchlorhydrique. Vu depuis deux ans pendant lesquels il n'a pas voulu se laisser opérer.

A eu des coliques hépatiques frustes qui doivent plutôt être des crises dues à un ulcère.

Les pneumogastriques ne sont douloureux que pendant les crises gastriques.

Devant la continuité de la souffrance, se décide à une opération.

Vieil ulcère cicatrisé du pylore, adhérences avec la vésicule et l'épiploon.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Résultats excellents : au bout de 3 mois va très bien. Ne souffre plus.

OBSERVATION XLIII

Ch.... 44 ans. Cancer.

A souffert de l'estomac depuis plus de 15 ans sans offrir un type clinique défini. On a pensé à un ulcère, mais, incidemment, à cause de la durée et de la persistance de certains signes.

N'a jamais toussé.

Les pneumogastriques sont indolores.

Depuis 6 mois est pris de vomissements tardifs contenant des débris alimentaires du repas précédent sélectionnés par l'estomac.

Grosse hématomèse.

Opération décidée. Les médecins pensent à un ulcère. L'exa-

men laisse percevoir une tumeur assez grosse et les symptômes, depuis quelques mois ne sont pas d'un ulcère, mais d'un cancer.

En effet, à l'opération : gros néoplasme de la face postérieure de la zone prépylorique, inextirpable, car il y a des adhérences et des ganglions.

Gastro-entérostomie antérieure.

OBSERVATION XLIV

B..., 60 ans. Cancer.

N'a jamais toussé.

Dès sa jeunesse a souffert de l'estomac. Vieux dyspeptique, à type hyper, avec crises de stase et de vomissements, contenant toujours de la bile depuis 18 à 20 mois.

Puis, comme rien ne passe plus depuis un mois, il se décide à une intervention.

Les pneumogastriques ne sont pas douloureux.

Opération : néoplasme prépylorique surtout localisé à la face postérieure de la petite courbure. Adhérences. Ganglions disséminés dans le grand épiploon.

Tumeur inextirpable.

Gastro-entérostomie antérieure.

OBSERVATION XLV

C..., 47 ans. Ulcère.

Syphilitique. A été réformé pour pleurésie et tuberculose.

Les deux pneumogastriques sont douloureux.

Depuis 15 mois souffre de l'estomac d'une façon intolérable. Ne peut supporter que le lait. A maigri considérablement.

Hyperchlorhydrique très net.

L'insufflation de l'estomac cause de vives douleurs.

Diagnostic : ulcère, vérifié par opération faite le 27 septembre 1906.

Gros ulcère de la petite courbure avec adhérences multiples au foie. Trace de péritonite ancienne.

OBSERVATION XLVI

G..., de Ch..., 47 ans, novembre 1906. Ulcère.

Souffreteux. A toussé toute sa jeunesse. Présente des signes non douteux de tuberculose du côté droit cicatrisée. Emphyseme. Depuis une dizaine d'années est devenu dyspeptique. Ne peut guère supporter dans son alimentation que du lait et des purées, régime qu'il abandonne de temps en temps pour faire un excès alcoolique qu'il paye bientôt par une recrudescence de douleur.

Veint nous trouver à plusieurs reprises. A l'examen : gros estomac, clapotant, se vidant très mal, présentant du liquide à jeun. Constipation.

Douleurs violentes. Vomissements qui le soulage. L'insufflation de l'estomac provoque une vive douleur.

Pneumogastrique droit très douloureux.

Diagnostic : ulcère.

Lassé de souffrir, il accepte une opération pratiquée le 20 novembre et qui fait voir une vieille cicatrice d'ulcère du pylore avec adhérence au foie.

Gastro-entérostomie en Y postérieure.

OBSERVATION XLVII

A..., 45 ans. Ulcère.

Vieux tuberculeux souffrant de l'estomac depuis 4 à 5 ans. Crises de vomissements paroxystiques, précédés de douleurs intolérables. Hématémèses. Mélena.

Vu le 1^{er} mars. Estomac énorme. Sommet droit sclérosé. Emphyseme. Traces de pleurésie à la base gauche.

Les deux pneumogastriques sont douloureux à la pression.
Opéré le 26 mars. Gastro-entérostomie postérieure. Gros
ulcère du pylore avec périgastrite.
Guérison.

OBSERVATION XLVIII

(Due à l'obligeance du D^r TROUILLEUR, interne du professeur DEVIC)

G... M..., 33 ans, cultivateur. Ulcère.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 21 juin 1907 pour des vomissements
et des douleurs gastriques.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Pas de maladie ancienne dans l'enfance. Le malade a contracté des habitudes alcooliques au service militaire et à continué à boire du vin en grande quantité (2 à 5 litres par jour) et des apéritifs nombreux, jusqu'à l'âge de 30 ans.

Pendant cette période, il a eu à plusieurs reprises des coliques siégeant dans l'hypochondre droit ne s'accompagnant pas de vomissements. L'alimentation n'influencait pas les douleurs, qui se sont accompagnées une fois d'ictère.

Depuis l'âge de 30 ans, la douleur aiguë au creux épigastrique et les vomissements sont fréquents. Ils sont acides et enlèvent la douleur. Pendant ces trois dernières années, le malade a suivi un régime sévère, s'alimentant presque exclusivement avec du lait. Il a continué son métier de cultivateur, absorbant facilement 6 à 7 litres de lait dans la journée.

Depuis 15 jours, les douleurs sont devenues intolérables, les vomissements quotidiens. Il n'y a pas eu d'hématémèse. En 5 ans, le malade est tombé de 64 kilos à 46 kilos.

À l'entrée, il présente pendant l'examen une crise de tétanie typique, qui ne se reproduit pas. On ne note pas de particularités du côté des viscères ; il existe un gros clapotage gastrique à jeun. La palpation ne décèle pas de tumeur, mais une douleur, vive, en broche, au creux épigastrique.

Le jour de l'entrée, le malade a un vomissement aqueux, qui donne, par la teinture de gaiac, une réaction positive. Le malade est mis à la diète absolue.

Le pneumogastrique droit est très douloureux.

Les douleurs persistant, on décide une intervention.

5 juillet : *Opération pratiquée par M. Tixier, chirurgien des hôpitaux.* — Après une laparotomie sus-ombilicale, on reconnaît la présence d'une petite tumeur au voisinage du pylore. Gastro-entérostomie postérieure à la suture. Pylorctomie.

L'examen de la pièce montre un ulcère d'aspect typique siégeant sur la première portion du duodénum (tout contre le pylore).

OBSERVATION XLIX

(Due à l'obligeance du D^r TROUILLEUR, interne du professeur DEVIC)

N... Z..., 44 ans, mécanicien.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet avec le diagnostic de péri-gastrite.

Rien dans les antécédents héréditaires. On ne relève de particulier dans les antécédents du malade, sinon, à l'âge de 41 ans, une crise abdominale douloureuse, diagnostiquée colique hépatique par un médecin.

Ethylisme aigu.

Il y a deux ans, le malade reçut un traumatisme sur le bord costal gauche. Depuis cette époque, les digestions sont pénibles et le malade souffre presque constamment dans le flanc gauche.

Le 12 juillet 1906, après un repas, il est pris d'une douleur violente dans le flanc gauche. Pendant 30 heures, il se tort sur son lit. Un vomissement marc de café, de 1 litre et demi vient finir cette crise.

Après six semaines de traitement, le malade essaye de reprendre ses occupations et absorbe des alcalins. Les douleurs reparaissent bientôt et s'accompagnent de vomissements alimentaires. Son médecin, qui a déjà senti une tumeur dans

l'hypochondre gauche, l'envoie à l'hôpital de Vienne. Il y fait un séjour de 2 mois et, entre temps, a une pneumonie gauche. Depuis sa rentrée de l'hôpital, il a continué à avoir des douleurs en broche, exagérées par l'ingestion des aliments et calmées par les vomissements.

Il n'a pas vomi de sang.

À l'entrée, le malade a une apparence robuste. Il accuse une douleur à l'épigastre et sous le rebord costal gauche. À ce niveau on sent une tumeur allongée suivant les fausses côtes, profonde, lisse. La pression est très douloureuse. Pas de clapotage gastrique ; pas de mouvements péristaltiques. Rien de particulier du côté des autres organes.

Le chimisme gastrique donne les résultats suivants :

A. T. = 2.16.

Réaction de Gunsbourg : très nette.

Réaction du vert brillant : très positive.

Les pneumogastriques, surtout le droit, sont douloureux à la pression.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas vomi.

Diagnostic : ulcère.

CONCLUSIONS

De tous ces faits cliniques et de toutes ces observations, nous sommes bien en droit de conclure pour les cas d'ulcères :

I. — Que les lésions du nerf pneumogastrique précèdent l'état dyspeptique.

II. — Que ces lésions correspondent à une névrite des vagues (douleur à la pression au cou, signe de Dubard).

III. — Que les causes de cette névrite sont le plus fréquemment :

1° La tuberculose à évolution lente ;

2° Les tumeurs du médiastin et particulièrement les aortites et les anévrysmes.

IV. — Que cette névrite après avoir déterminé l'état dyspeptique, amène l'ulcère comme trouble trophique.

V. — Que la connaissance et la recherche du signe de Dubard peuvent aider au diagnostic différentiel du début, du cancer et de l'ulcère.

Peut-être trouvera-t-on prématuré de dire : névrite du pneumogastrique, et ulcère : trouble trophique. Notre excuse est d'avoir cherché à attirer l'attention sur un groupe de faits cliniques se rattachant par de nombreux liens communs.

Vu :

Le Président de la Thèse,

NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 juillet 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

MORAT et DOYON. — Traité de physiologie.

RICHT. — Traité de physiologie.

DUBARD. — Bulletin Médical, 4 juin 1904.

A. BRÉCHOT. — Revue de Chirurgie, 10 janvier 1907.

A. BRÉCHOT. — Revue de Chirurgie, 10 février 1907.

PAULOW. — Le travail des glandes digestives, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
CHAPITRE I ^{er} . — Introduction	6
CHAPITRE II. — Anatomie	9
CHAPITRE III. — Physiologie	21
CHAPITRE IV	27
CHAPITRE V. — Discussion	34
CHAPITRE VI. — Observations	36
CONCLUSIONS	61
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	63
